初来院の方

診療申込書

ハマノ眼科

フリガナ		男・女
氏　名	（旧姓　　）	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　年　　月　　日生	
住　所	〒□□□−□□□□	
自宅電話		
携帯電話		
勤務先・学校名		

➢ 以下の項目に☑またはご記入下さい。

① 大きな病気または眼の病気にかかられたことがありますか?
- ☐ ない
- ☐ ある（どのような:　　）
  （いつごろ:　　）

② 薬・注射などによるアレルギー、または花粉症などはありますか?
- ☐ ない
- ☐ ある → ☐ アレルギー性結膜炎 ☐ 鼻炎 ☐ アトピー ☐ 花粉
  ☐ 薬（薬の名前:　　）
  ☐ その他（　　）

③ ハマノ眼科・ハマノコンタクトからお知らせをお出ししてもよろしいですか?
- ☐ はい
- ☐ いいえ

*上記の個人情報は、ハマノ眼科のカルテ作成と、ハマノコンタクトの管理医療機器販売管理台帳作成及びお知らせの発送に使用します。

〈問診票〉

➢ 来院の目的について伺います。
該当する項目に☑を入れて下さい。

1. コンタクトレンズに関すること
- ☐ コンタクトレンズの購入・検査
- ☐ メルスプラン会員
  （レンズ交換・紛失・お渡し）
- ☐ 気になる症状がある
  →2のチェック項目へ

2. 目のことで気になることがある
- ☐ 見えにくい　☐ ゴロゴロする
- ☐ 痛い　☐ 充血している
- ☐ かゆい　☐ めやにが出る
- ☐ 涙が出る　☐ 疲れる
- ☐ 目が腫れている　☐ くもる
- ☐ 乾燥する
- ☐ その他（具体的にお書き下さい）
  〔　　〕

➢ コンタクトレンズの経験はありますか?
- ☐ ない
- ☐ ある → 使用しているレンズの種類は
  - ☐ ハードレンズ
  - ☐ 従来型ソフトレンズ
  - ☐ 2週間、1カ月交換
  - ☐ 1日使い捨て
  - ☐ 現在は使用していない

➢ ハマノ眼科をどのようにしてお知りになりましたか？あてはまる項目に☑またはご記入下さい。（複数可）

- ☐ 家族・お知り合いの方から聞いて知った　→その方はハマノ眼科の患者さんですか？　☐ はい　☐ いいえ
- ☐ ハマノ眼科の医師・職員の紹介　〔紹介者名　　〕
- ☐ インターネットのホームページを見て知った（複数可）
  - ☐ ハマノ眼科・ハマノコンタクトのホームページ
  - ☐ レンズメーカー（☐ メニコン ☐ ジョンソン＆ジョンソン ☐ その他:　　）
  - ☐ 阪神百貨店 ☐ なんばCITY ☐ 阪急三番街 ☐ 阪急グランドビルクリニックセンター
  - ☐ I（アイ）タウンページ
  - ☐ その他〔　　〕
- ☐ 広告を見て知った（☐ 広告看板　☐ 情報誌　☐ その他:　　）
- ☐ レンズメーカーからの紹介（☐ メニコン ☐ ジョンソン＆ジョンソン ☐ その他:　　）
- ☐ 他の医療機関からの紹介　〔　　〕
- ☐ 通勤・通学経路途中にあったから
- ☐ 阪神百貨店・なんばCITY・阪急三番街・阪急グランドビルクリニックセンターの中にあったから
- ☐ その他〔　　〕

＊この診療申込書と健康保険証を眼科受付にお持ち下さい。
＊診療所によって、診療時間や休診日が異なりますので、ご確認の上、来院して下さい。